

Miika Vuori,
Annamari Tuulio-Henriksson ja Ilona Autti-Rämö
**Monimuotoisen neuropsykiatrisen
perhekuntoutuksen seurantatutkimus**
Tutkimusprotokolla

Kirjoittajat

Miika Vuori, VTT, sairaanhoitaja AMK, tutkija
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Annamari Tuulio-Henriksson, FT, neuropsykologian dosentti, tutkimusprofessori
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Ilona Autti-Rämö, LKT, lastenneurologian dosentti, johtava ylilääkäri, tutkimusprofessori
Kelan terveysosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Työpapereita-sarjan julkaisut ovat keskustelun avauksia tai alustavia tutkimusraportteja.

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2015

Sisältö

Tiivistelmä.....	4
1 Johdanto.....	5
2 Monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeiden yleiset tavoitteet.....	7
3 Seurantatutkimus	7
3.1 Tutkimusasetelma	8
3.2 Kohderyhmä ja perhekuntoutukseen ohjautuminen	9
3.3 Perhekuntoutuksen kuvaus – multisysteeminen ja monimuotoinen lähestymistapa	9
3.4 Perhekuntoutuksen toimintasisältö ja tapaamistiheys	10
3.5 Vertailuhoito – perheterapia.....	11
3.6 Tutkimuseettiset näkökulmat	12
3.7 Tutkimusaineisto ja arviointiajankohdat.....	13
3.8 Päättulosmuuttujat.....	14
3.9 Sekundääriset tulosmuuttujat	15
3.10 Kontrollimuuttujat	16
3.11 Tutkimusaineiston analyysi	16
3.12 Muu tutkimusaineisto	16
3.13 Tutkimuksen rahoitus ja tutkimusryhmä.....	17
4 Tutkimuksen merkitys ja kriittiset kohdat.....	18
Lähteet	19

Tiivistelmä

Kansaneläkelaitos (Kela) täydentää sosiaali- ja terveysalan julkisen terveydenhuollon kuntoutuspalvelutarjontaa. Lasten ja nuorten (5–15-vuotiaat) tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden kuntoutuspalveluihin Kela kehittää parhaillaan monimuotoista perhekuntoutusta. Vuosien 2010–2018 välisenä aikana käynnissä olevat neuropsykiatrisen perhekuntoutuksen LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutusohjelmat on tarkoitettu perheille, joissa 5–12-vuotiaalla lapsella on todettu neuropsykiatrisen häiriö ja mahdollisesti muita samanaikaisia psykiatrisia häiriöitä.

Monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeiden yleisenä tavoitteena on kehittää kuntoutusmalli, joka voisi soveltua Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen vakiintuneeksi palveluksi. Kelan kehittämishankkeisiin liittyy aina arviointitutkimus. Monimuotoisen perhekuntoutuksen seurantatutkimuksessa arvioidaan perhelähtöisten kuntoutusohjelmien soveltuvuutta ja vaikutuksia lapsiperheiden psykososiaaliseen hyvinvointiin.

Tutkimuksen kohteena on kolme perhelähtöistä hoito- ja kuntoutusohjelmaa: Kelan kehitteillä olevat LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutusohjelmat sekä vertailuaineistona Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) lastenpsykiatrian poliklinikan ostopalveluna hankkima perheterapia. Kyseessä on satunnaistamaton seurantatutkimus. Tutkimusaineisto kerätään ensisijaisesti lomakekyselyjen avulla, ja aineistoa täydennetään esimerkiksi perhekuntoutustoimintaan osallistuvien ammattihenkilöiden fokusryhmähaastatteluilla ja työntekijöille kohdistetuilla kyselyillä. Tutkimustuloksia tullaan raportoimaan kotimaisissa ja kansainvälisissä vertaisarvioituissa julkaisuissa.

1 Johdanto

Lapsuusiässä – mukaan lukien varhaislapsuus, leikki-ikä ja latenssi-ikä – tapahtuvien kognitiivisten, kielellisten ja motoristen taitojen integroituminen ilmenee huomattavina kehitystasohyppäyksinä. Tunteiden säätelykyvyn ja sosiaalisten taitojen myönteinen kehitys edesauttaa lapsen kykyä mukautua ja sopeutua kasvu- ja kehitysympäristöjen (esim. päiväkotia ja koulu) tuomiin lisähaasteisiin (Mäntymaa 2003, 460–461). Lapsuusiän myönteinen kasvu ja kehitys muodostaa tärkeän perustan nuoruus- ja aikuisiän psykososiaaliselle hyvinvoinnille (Sawyer ym. 2001; Nock ym. 2007; Patel ym. 2007; Knapp ym. 2008; Barker ym. 2010; Moffitt ym. 2011; Paananen ym. 2012; Koskenvuo ja Koskenvuo 2015; Obsuth ym. 2015).

Lapsilla ilmenee tyypillisesti yksilöllisesti vaihtelevia tunne-elämän, käyttäytymisen ja oppimisen haasteita, mutta ne ovat usein lieviä ja ohimeneviä normaaleja kehityksellisiä ilmiöitä. Tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmat saattavat kuitenkin muodostaa huomattavan uhkan lapsen kokonaiskehitykselle ja perheen hyvinvoinnille. Lapsen kehitysviivästymillä ja tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöillä on havaittu olevan yhteys yksilön geneettisiin, neurofysiologisiin ja perhe- ja kasvu-ympäristötekijöihin sekä elämäntapahtumiin (Biederman 2005; Caspi ja Moffitt 2006; Modesto-Lowe ym. 2008; Deault 2010; Moffitt ym. 2011; Jaffee ym. 2013; Thapar ym. 2013; Wigham ja McConachie 2014; Obsuth ym. 2015). Lapsen kehitysviivästymät ja tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt ovatkin monimuotoinen ja monitekijäinen ilmiö, joten selkeiden syy-seuraussuhteiden osoittaminen on hyvin vaikeaa (Martel 2009; Thapar ja Rutter 2009; Rutter 2012a ja b).

Lasten tunne-elämään ja käyttäytymiseen liittyviä kehityksellisiä haasteita tunnistetaan yhä paremmin, ja lasten oireiluun kiinnitetään enenevästi huomiota. Näiden tekijöiden myötä lisääntynyt hoitoonohjaus ei ole kuitenkaan yksiselitteinen osoitus lasten ja lapsiperheiden ongelmien kasvusta väestötasolla (Sourander ym. 2008; Santalahti ja Sourander 2008; Santalahti ym. 2009). Lapsia ja perheitä jää myös hoito- ja kuntoutusjärjestelmän ulkopuolelle (Santalahti ja Sourander 2008). Peruspalvelujärjestelmä (esim. lastenneuvolatoiminta, varhaiskasvatus ja perusopetus) ja erityistason mielenterveyspalvelujärjestelmä (mm. kasvatus- ja perheneuvolat ja erikoissairaanhoido) ovat avainasemassa pyrittäessä ehkäisemään lasten kehitystä uhkaavia tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmia sekä lapsiväestön ja lapsiperheiden eriarvoistumiskehitystä (Paananen ym. 2012; Lammi-Taskula ja Karvonen 2014; Berens ja Nelson 2015).

Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa tulee korostua perhelähtöisten avohoitopalvelujen ensisijaisuus (Knapp ym. 2011; Berens ja Nelson 2015). Suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ominaispiirteinä on ollut perhelähtöisten avohoitopalvelujen

puute ja ennen kaikkea hoitokäytäntöjen huomattava alueellinen vaihtelu (Solantaus ja Santalahti 2013, 311–312; Santalahti ja Marttunen 2014). Mielenterveyspalvelujen kansallista kehitystä selittävät tietyt erityistekijät. Sosiaalihuoltolain mukaisesti lastenpsykiatrisen avohoidon kehittäminen on jäänyt ensisijaisesti sosiaalihuollon eli kasvatus- ja perheneuvoloitten vastuulle. Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden epidemiologinen tutkimus ja diagnostiikka ovat puolestaan kehittyneet yliopistosairaaloitten alaisuudessa. Hoito- ja kuntoutusvalikoimissa ovat perinteisesti korostuneet lapsen yksilöterapiat ja osastohoidon ensisijaisuus. (Piha 2003; Hyvönen 2008, 119–121; Pietikäinen 2013, 372; Solantaus ja Santalahti 2013, 310.)

Perhelähtöiset hoito- ja kuntoutusmenetelmät ovat lisääntyneet ja monipuolistuneet erityisesti 2000-luvulla. Perheneuvolatoiminnan ja kolmannen sektorin palveluvalikoimaan kuuluvat esimerkiksi erilaiset vanhempainohjauksen menetelmät. Erikoissairaanhoidossa suuntauksena on ollut vähentää laitoshoitopaikkoja ja vahvistaa niin sanottua kotisairaaloimintaa eli intensiivistä avohoittoa. Nämä ovat linjassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisten kehittämissuunnitelmien (KASTE) tavoitteiden kanssa, joissa pyrkimyksenä on ollut ottaa käyttöön lapsen ja perheen kokonaistilanteen huomioon ottavia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajat ylittäviä perhetyön malleja (Hasturup ym. 2013; Santalahti ja Solantaus 2013). Uudistuspyrkimyksistä huolimatta järjestelmällinen tieto hyviksi havaituista hoito- ja kuntoutuskäytännöistä on kuitenkin toistaiseksi niukkaa (esim. Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2013). Kansainväliset kokemukset ovatkin osoittaneet, että perheinterventioiden kehittäminen on pitkäjänteistä työtä (Ogden ym. 2005; Ogden ym. 2012; Sanders ja Kirby 2015), eikä projektirahoitus välttämättä edistä perhelähtöisten hoito- ja kuntoutusmuotojen riittävän järjestelmällistä käyttöönottoa ja tutkimusta (Santalahti ja Marttunen 2014; Rimpelä ja Rimpelä 2015). Täten – kehittämistyön ohella – lastenpsykiatristen perheinterventioiden soveltuvuuden ja tuloksellisuuden tutkimukselle on selkeä kansallinen tarve (Santalahti ym. 2009; McGrath ym. 2013; Solantaus ja Santalahti 2013).

Kansaneläkelaitos (Kela) täydentää sosiaali- ja terveysalan julkisen terveydenhuollon kuntoutuspalvelutarjontaa. Lasten ja nuorten (5–15-vuotiaat) tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden kuntoutuspalveluihin Kela kehittää ja tutkii monimuotoista perhekuntoutusta. Kehittämistyö aloitettiin vuosina 2005–2009 lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeessa (LN-hanke). Se sisälsi erityyppisiä tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen tarkoitettuja lapsi- ja perhelähtöisiä interventioita (Linnakangas ym. 2010a ja b).

Vuosina 2010–2018 on käynnissä Kela-rahoitteinen neuropsykiatrisen perhekuntoutuksen (LAKU) ja perhekuntoutuksen etämallin (Etä-LAKU) kehittäminen ja tutkimus. LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutusohjelmat on kehitetty Kelan terveysosastolla. Perhekuntoutusohjelman sisällön

suunnittelussa on hyödynnetty aikaisemman kehittämistyön tuloksia ja ulkopuolista asiantuntijaryhmää. LAKU-kuntoutusohjelman sisältöä, soveltuvuutta ja hyväksyttävyyttä tarkasteltiin vuosina 2010–2011 toteutetun esitutkimuksen avulla. Tästä tutkimuksesta vastasi Kelan ulkopuolinen tutkijaryhmä¹. Esitutkimuksen tulosten perusteella LAKU-kuntoutusohjelmaan tehtiin pieniä muutoksia, jotka on otettu huomioon vuonna 2012 alkaneessa varsinaisessa hankevaiheessa, kuten myös vuonna 2013 käynnistyneessä Etä-LAKU-perhekuntoutuksessa. Tässä artikkelissa kuvataan LAKU-kuntoutusohjelman ja vuonna 2013 alkaneen Etä-LAKU-kuntoutusohjelman arviointitutkimuksen yleiset lähtökohdat sekä monimuotoista perhekuntoutusta koskevan seurantatutkimuksen toteutus.

2 Monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeiden yleiset tavoitteet

Monimuotoisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeiden (LAKU ja Etä-LAKU) yleisenä tavoitteena on kehittää perhekuntoutusmalli, joka voisi soveltua Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen vakiintuneeksi palveluksi. Joustavalla perhekuntoutusmallilla pyritään vastaamaan lasten ja perheiden yksilöllisiin tarpeisiin, jonka lisäksi kuntoutuksessa huomioidaan myös muut lapsen toimintaympäristöt ja kuntoutuksen kannalta keskeiset yhteistyöverkostot. Varsinaisen kuntoutustoiminnan ohella hankkeessa tavoitellaan toimivia palveluketjuja Kelan, kuntoutuksen palveluntuottajien, perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirien kesken.

3 Seurantatutkimus

Seurantatutkimuksen tavoitteena on arvioida perhelähtöisten kuntoutusohjelmien soveltuvuutta Kelan palveluvalikoimaan sekä selvittää kuntoutusmallin vaikutuksia lapsen myönteisen kasvun ja lapsiperheen psykososiaalisen hyvinvoinnin tukemisessa. Aiemman tutkimustiedon perusteella voidaan olettaa, että perhelähtöinen hoito- ja kuntoutusohjelma vahvistaa vanhempien pystyvyyden tunnetta ja vähentää koettua perhe-elämään yhteydessä olevaa psyykkistä kuormittuneisuutta. Myönteinen muutos saattaa osaltaan vahvistaa perheenjäsenten keskinäistä vuorovaikutusta ja esimerkiksi vanhemman myönteisempää käsitystä lapsesta, neuropsykiatrisista ja psykiatrisista ydinoireista huolimatta. (Kaminski ym. 2008; Zwi ym. 2011; Lee ym. 2012; Daley ym. 2014; Sanders ym. 2014). Intensiiviset perhelähtöiset interventiot saattavat edistää myös lapsen vuorovaikutus- ja tunteitaisten, sosiaalisen kompetenssin, vahvistumista (Hay ym. 2004; de Boo ja Prins 2007; Trentacosta ja Fine 2010; Burnham Riosa ym. 2011; Wigham ja McConachie 2014).

¹ Ks. http://www.kela.fi/kehittamistoiminta_lasten-perhekuntoutus.

Tutkimuksen täsmennetyt tutkimuskysymykset ovat:

- Millainen on perhelähtöisiin hoito- ja kuntoutusinterventioihin osallistuvien lasten sosiaalinen kompetenssi ja koettu elämänlaatu lähtötilanteessa?
- Millainen on perhekuntoutuksen osallistuvien lasten huoltajien pystyvyyden tunne ja psykososiaalinen hyvinvointi lähtötilanteessa?
- Vahvistavatko perhelähtöiset hoito- ja kuntoutusinterventiot: (a) lapsen sosiaalista kompetenssia ja koettua elämänlaatua, ja (b) lasten huoltajien pystyvyyden tunnetta ja psykososiaalista hyvinvointia?
- Onko monimuotoisten perhekuntoutusohjelmien ja sairaanhoitopiirin tarjoaman perheterapian hoitoonohjauksessa ja lopputuloksissa havaittavissa eroja?

3.1 Tutkimusasetelma

Seurantatutkimus noudattaa käytännöllisen kliinisen tutkimuksen periaatteita. Tutkimus kohdistuu kolmeen perhelähtöiseen hoito- ja kuntoutusohjelmaan, joiden kohderyhmät, yhtenäisistä sisäänottokriteereistä huolimatta, todennäköisesti eroavat toisistaan lapsen yksilö- (esim. lapsen oirekuva ja hoitohistoria) ja perhetason (esim. elämäntapahtumat, vanhempien psyykinen kuormittuneisuus ja perhemuoto) tekijöiden suhteen. Lisäksi vaihtelevat paikalliset olosuhteet ja käytännöt vaikuttavat oletettavasti perhelähtöisen hoito- ja kuntoutustoiminnan toteutukseen. (Tunis ym. 2003; Glasgow ym. 2005; March ym. 2005.) Tutkimuksen raportoinnissa pyritään hyödyntämään kompleksisten hoito- ja kuntoutusinterventioiden ohjeistuksia soveltuvin osin (Craig ym. 2008; Fraser ja Galinsky 2010; Grant ym. 2013).

Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen hoitoon ja kuntoutukseen tarkoitettujen perheinterventioiden tutkimuksessa monitahoarviointi on olennaista. Lapsen kasvun ja kehityksen haasteet saattavat ilmetä eri tavoin keskeisissä kasvuympäristöissä. Lisäksi lasten, lasten huoltajien ja varhaiskasvatuksesta/perusopetuksesta vastaavien ammattihenkilöiden käsitykset lapsen lasten sosiaalisista taidoista todennäköisesti eroavat toisistaan (Hoza ym. 2010). Lasten sosioemotionaalisten taitojen vahvistaminen eri kasvuympäristöissä on yksi perhelähtöisten interventioiden haastavimpia tavoitteita (Littell ym. 2005; Nock ym. 2007; Young ja Amarasinghe 2010; Oono ym. 2013; Daley ym. 2014; Sanders ym. 2014).

3.2 Kohderyhmä ja perhekuntoutukseen ohjautuminen

Kelan monimuotoisen LAKU- ja Etä-LAKU-perhekuntoutuksen kohderyhmänä ovat perheet, joissa 5–12-vuotiaalla lapsella on todettu neuropsykiatrinen häiriö. Lapsella voi olla myös muita diagnosoituja psykiatrisia häiriöitä. Lähtökohtana on, että lapsen hoidosta vastaava taho on arvioinut tarpeen pitkäkestoiselle monimuotoiselle perhekuntoutukselle, ja perhe on osaltaan sitoutunut kuntoutukseen. Poissulkukriteerejä ovat lastenpsykiatrinen kriisihoidon tarve, lapsen huoltajan päihdeongelma tai käynnissä oleva lastensuojelun tarpeen arviointi.

Kuntoutukseen ohjautuminen edellyttää lapsen ja perheen kokonaistilanteen selvitystä ensisijaisesti erikoissairaanhoidon erikoislääkärin tai toissijaisesti perheneuvolan lääkärin toimesta. Mikäli lähtävänä henkilönä on perusterveydenhuollon lääkäri, perheen kokonaistilanteen selvittelystä tulee huolehtia asianmukaisesti. Perhekuntoutukseen ohjaaminen edellyttää Kelan kuntoutushakemuskokemuksen (KU 132) ja sen liitteenä olevan lääkärin B-lausunnon lähettämistä Kelan toimistoon, jossa tehdään lopullinen päätös perheen osallistumisesta kuntoutukseen.

3.3 Perhekuntoutuksen kuvaus – multisysteeminen ja monimuotoinen lähestymistapa

Lapsen kehityksen ongelmat saattavat näyttäytyä eri tavoin lapsen arkiympäristöissä. Monimuotoisen perhekuntoutuksen toteutuksen lähtökohtana on, että lasta, hänen huoltajiaan ja muita perheenjäseniä voidaan tavata yhdessä ja erikseen perheen tarpeiden mukaan. Lapsen, vanhempien ja perheen tapaamiset voidaan toteuttaa esimerkiksi palveluntuottajan toimitiloissa tai jalkautumalla lapsiperheen kodin arkeen. Lisäksi osa lapsen yksilötapaamisista toteutetaan päiväkodin/koulun arjessa. Perhekuntoutuksen toteutusta ohjaakin niin sanottu multi-/ekosysteeminen lähestymistapa (Littell ym. 2005; Rasheed ym. 2011, 34–36; Lindblad-Goldberg ja Northey 2013). Multisysteemisten hoito- ja kuntoutusmuotojen pyrkimyksenä on, että intervention yksilölliset tavoitteet ovat eri osapuolten tiedossa. Perhekuntoutuksessa korostuu yhteistoiminnallinen työote, jonka avulla perhe ja lapsen hoidosta ja esi- tai perusopetuksesta vastaavat ammattihenkilöt pyritään saamaan osaksi interventiota esimerkiksi yhteispalaverien muodossa. Onnistunut yhteistyö todennäköisesti vahvistaa intervention hyväksyttävyyttä ja edelleen hoito-ohjelmaan sitoutumista sekä loppuun saattamista (Bickman ym. 2012; Kolko ja Perrin 2014; Kolko ym. 2014).

Monimuotoinen perhekuntoutus sisältää tämän lisäksi erillisiä lapsi- ja huoltajakohtaisia sekä perhesysteemisiä interventiokomponentteja. Perhetyön ja vanhempainohjauksen sisällön tulee perustua perheterapeuttisiin menetelmiin (ks. Rasheed ym. 2011; Rambo ym. 2012). Lapsen kasvun ja ke-

hityksen tueksi tarkoitettujen tapaamisten sisältöä ei ole määritelty tarkemmin, mutta kuntoutuksen tulee perustua ikä- ja kohderyhmälle soveltuviin menetelmiin (ks. Hanley ym. 2003; Moilanen ym. 2012, 1460; Lindhiem ym. 2014; Fabiano ym. 2015). Monimuotoinen perhekuntoutus edustaa psykososiaalisia yhdistelmähoitoja. Intensiivisiä yhdistelmähoito-ohjelmia on kehitetty erityisesti nuorten käytöshäiriöiden hoitoon (Littell ym. 2005; Baldwin ym. 2012; Lindberg ym. 2015), mutta autistikirjon häiriöiden hoitoon ja varhaiskuntoutukseen tarkoitettuja intensiivisiä perheinterventioita ohjaavat samankaltaiset yleiset periaatteet (Reichow 2012; Oono ym. 2013). Yhdistelmähoitojen ydinajatus on perhelähtöisyys. Keskeisenä toimintaperiaatteena on sisällyttää lapsi-, huoltaja- ja perhelähtöiset hoito- ja kuntoutusmenetelmät (*multicomponent intervention strategy*) osaksi multisysteemistä työskentelyä (Sanders ym. 2014, 355). Tavoitteena on, että tietyn lapsen ja perheen psykososiaalisen hyvinvoinnin lisäämiseen tähtäävät muutokset toteutuvat mahdollisimman samanaikaisesti ja samansuuntaisesti eri kasvuympäristöissä. Lapsen huoltajat ovat kuitenkin avainasemassa. (Reid ym. 2002; Littell ym. 2005; Modesto-Lowe ym. 2008; Reichow 2012; Ehrling 2014, 23.)

Yhdistelmähoitojen yhteydessä puhutaan usein myös multimodaalihoidoista. Multimodaalihoito tarkoittaa tutkimuskirjallisuudessa pääsääntöisesti yhdistelmähoitoa, jossa pyritään kontrolloimaan erilaisten psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen vaikutusta lääkehoidon lisänä (Abikoff ym. 2004; Van der Oord ym. 2008). Tämä ei ole käsillä olevan seurantatutkimuksen lähtökohta. On kuitenkin oletettavaa, että tutkimukseen osallistuvilla lapsilla on mahdollinen lääkehoito, sillä psykososiaalisten hoitomuotojen ja lääkehoidon (stimulantit) yhdistelmästä lapsen ADHD:n hoidossa on olemassa kansallinen hoitosuositus (ADHD: Käypä hoito -suositus 2013). Risperidonia saatetaan käyttää puolestaan lapsen käytösoireiden hoidossa (Ipser ja Stein 2007; Politte ym. 2014).

3.4 Perhekuntoutuksen toimintasisältö ja tapaamistiheys

Perhekuntoutusohjelma sisältää korkeintaan 35 tapaamista. Kesto vaihtelee noin 12 kuukaudesta (LAKU) 18 kuukauteen (Etä-LAKU). Perheille nimetään oma perhetyöntekijä (esim. yksihuoltaja-perheet) tai työpari. Perhetyöntekijällä, tai vastaavasti toisella työparin jäsenellä, tulee olla Valviran hyväksymä vähintään erityistason perheterapiakoulutus tai muu soveltuva vähintään psykoterapiakoulutus, ja aikaisempaa työkokemusta perheiden kanssa työskentelystä (ks. Valkonen ym. 2011). Lapsen omaohjaajalta edellytetään soveltuva sosiaali- ja terveydenhuollon ammattitutkintoa. Kuntoutuksen palveluntuottajan moniammatillinen työryhmä tukee kuntoutuksen suunnittelua ja toteutusta. Työryhmän erikoislääkäri toimii koko työyhteisön konsultoivana lääkärinä osallistuen tarvittaessa perheiden verkostotapaamisiin.

Monimuotoinen perhekuntoutus jakautuu erilliseen aloitusjaksoon ja varsinaiseen käyntikertaosaan. *Aloitusjakso* (yhteensä 5 käyntikertaa) sisältää 2 yhteistapaamista, joista toinen toteutetaan yhteistyössä lähettävän tahon kanssa, ja toinen yhteistyössä lapsen päiväkodin/koulun kanssa. Erillisiä perhetapaamisia on kaksi ja vähintään toinen näistä tapaamisista toteutetaan lapsen kotona. Aloitusjaksoon kuuluu myös lapsen yksilötapaaminen, joka on tarkoitus järjestää lapsen päiväkodissa tai koulussa. *Varsinainen käyntikertaosa* sisältää enintään 24 tapaamista: lapsen yksilötapaamisia voi olla 8–12 ja vanhempain- ja perhetapaamisia 12–16. Tämän lisäksi kuntoutusohjelmaan sisältyy 5 yhteispalaveria lapsen päivähoidon/koulun ja lähettävän tahon edustajien kanssa. Seurantakäynti toteutetaan noin puoli vuotta kuntoutusohjelman päättymisen jälkeen. Perhekuntoutusta on mahdollista jatkaa *lisäkäynneillä* (10–15 tapaamista), jolloin kuntoutuksen kesto on noin 2 vuotta. Seurantakäynti tapahtuu tässä tapauksessa noin 2,5 vuotta perhekuntoutuksen aloituksesta.

Monimuotoinen perhekuntoutus sisältää myös ryhmämuotoisia toimintaformaatteja. Perheillä on mahdollisuus osallistua yhteisiin *perheviikonloppuihin* (enintään 2 viikonloppua). Tämän lisäksi vanhemmille on tarjolla kuntoutusvuoden aikana *vanhempainryhmä* (enintään 10 tapaamista). Etäkuntoutusmalli (Etä-LAKU) ei sisällä mahdollisuutta vanhempainryhmiin, mutta ryhmämuotoista toimintaa on mahdollisuus rakentaa kuntoutusviikonloppujen sisään.

LAKU perhekuntoutusta toteutetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (toimipisteenä Helsinki), Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (Kotka), Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (Tampere) ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (Oulu) alueilla. Etä-LAKU-perheinterventio on suunnattu alueille, joissa lapsiperhepalveluja on heikommin saatavilla pitkistä maantieteellisistä etäisyyksistä johtuen. Etä-LAKU nojaa puhtaasti ekologiseen työotteeseen, mistä johtuen tapaamisia ei toteuteta palveluntuottajan toimitiloissa, vaan työntekijät jalkautuvat esimerkiksi lasten ja perheiden kodin ja koulun arkeen. Toimintaa toteutetaan Lapin ja Kuusamon (toimipisteenä Rovaniemi) ja Kainuun, Ylä-Savon ja Ylä-Karjalan sote-alueilla (toimipisteenä Kajaani).

3.5 Vertailuhoito – perheterapia

Seurantatutkimuksessa kerätään vertailua varten tietoa myös olemassa olevista hoito- ja kuntoutuskäytännöistä, jota edustaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) lastenpsykiatrian poliklinikan ostopalveluna hankkima perheterapia. Vaikka sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat melko yhteneviä LAKU- ja Etä-LAKU-kuntoutuksen kanssa, perheterapiaan ohjauksessa ei korostu lapsen neuropsykiatrisen oirekuva. Perheterapian kesto mu-

kaalee Kelan monimuotoisen perhekuntoutuksen kestoa. 1–2 vuoden mittainen perheterapiajakso sisältää arviolta 10–15 perhetapaamista vuodessa.

3.6 Tutkimuseettiset näkökulmat

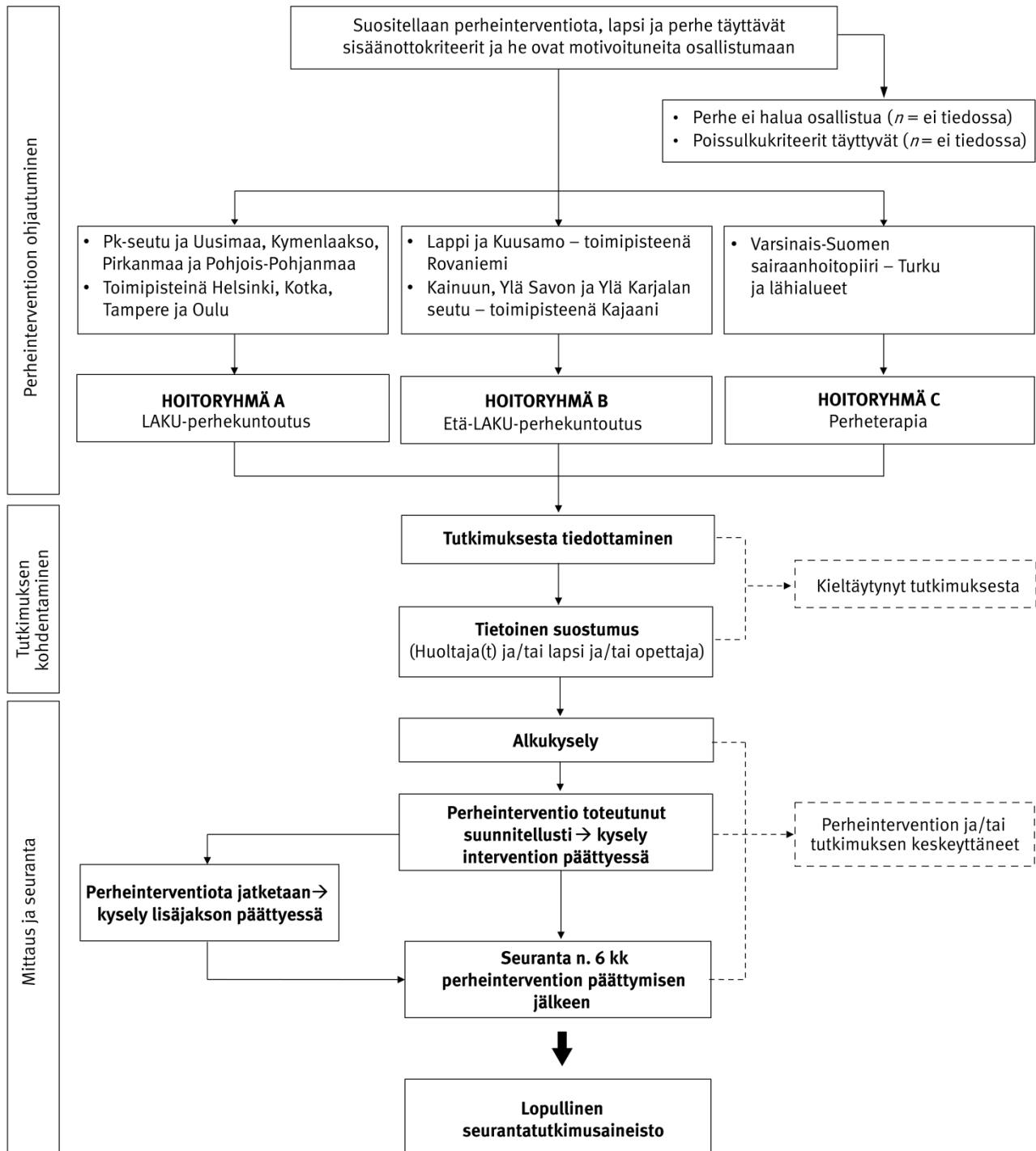
Tutkimuksen toteutusta ohjaavat tutkimuslaki (488/1999 muutoksineen) ja ihmistieteiden tutkimuseettiset periaatteet (TENK 2009). Tutkimukselle on haettu tutkimuseettisten toimikuntien puoltavat lausunnot. Kelan tutkimusosaston eettisen toimikunnan lausunnot koskevat LAKU- (dnro 6/2013) ja Etä-LAKU (dnro 8/2013) -perhekuntoutusta koskevaa tutkimusaineiston keruuta. VSSHP:n eettisen toimikunnan puoltava lausunto (ETMK:57/1801/2014) koskee VSSHP/TYKS lastenpsykiatrian poliklinikan kautta kerättävää tutkimusaineistoa. Aineistonkeruun toteutusta varten on lisäksi haettu erillinen tutkimuslupa (T90/2014, Nro 17048) Turun kliiniseltä tutkimuskeskukselta (Turku CRC) ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymältä. Seurantatutkimus on rekisteröity kansainväliseen julkiseen tutkimusrekisteriin (ClinicalTrials.gov # NCT02250339).

Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden yksityisyydestä huolehditaan siten, että tutkijat eivät käsittele henkilötunnisteellista tietoa. Tutkimukseen osallistuminen on puolestaan järjestetty siten, että perheen työntekijöillä on mahdollisuus tarvittaessa opastaa lasta ja huoltajia kyselylomakkeiden täyttämässä. Tietoisen suostumuksen hankintamenettelyissä pyritään kiinnittämään erityishuomiota lapsen itsemääräämisoikeuden toteutumiseen (Zwi ym. 2011; Bailey ym. 2015; Haines-Schlagel ja Escobar Walsh 2015). Alaikäisen lapsen osallistuminen edellyttää lapsen huoltajan tietoista kirjallista suostumusta. Mikäli huoltaja antaa lapselle luvan osallistua tutkimukseen, myös lapsi saa tutkimuksesta suullisen ja kirjallisen tiedotteen. Lapselta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta, ja hänellä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta. Mikäli lapsi on kirjoitustaitoinen, häneltä pyydetään lapsen suostumuslomakkeeseen allekirjoitus. Perheenjäseniltä pyydetään myös erillinen lupa lapsen päiväkodin tai koulun opettajan tutkimukseen osallistumiselle. Perheen työntekijät vastaavat tietoisen suostumuksen hankkimiseen sisältyvistä käytännön menettelyistä. Vastuututkija perehdyttää palveluntuottajien työntekijät tiedotteiden läpikäyntiin ja tietoisen suostumuksen hankintamenettelyyn.

3.7 Tutkimusaineisto ja arviointiajankohdat

Tutkimusaineiston muodostuminen on havainnollistettu tarkemmin kuviossa 1.

Kuvio 1. Tutkimuksen eteneminen.



Tietoisien suostumuksen antaneet henkilöt täyttävät lomakekyselyt perheintervention alkaessa. Seurantakyselyt toteutetaan perheintervention päättyessä eli noin 12 kuukauden kohdalla. Poikkeuksen muodostaa Etä-LAKU-perhekuntoutus, jonka osalta seurantakyselyt toteutetaan perhekuntoutuksen päättyessä eli noin 18 kuukauden kohdalla. Viimeinen tutkimukseen sisältyvä kysely toteutetaan puoli vuotta perheintervention päättymisestä tapahtuvalla seurantakäynnillä. Niille perheille, joiden osalta perheinterventio kestää noin kaksi vuotta, toteutetaan tutkimusseuranta myös lisävuoden päättyessä.

LAKU-kuntoutusohjelman osalta tutkimusrekrytointi on toteutettu ajalla 1.11.2013–30.9.2014.² Ensimmäinen seuranta-aineisto (12 kk) valmistuu vuoden 2015 loppuun mennessä. Lopullinen tutkimusaineisto valmistuu keväällä 2017. Etä-LAKU perheintervention osalta rekrytointi on käynnissä ajalla 1.1.2014–31.12.2015.³ Ensimmäinen seuranta-aineisto (18 kk) valmistuu näin ollen kesään 2017 mennessä. Lopullinen aineisto valmistuu viimeistään loppukevästä 2018. Tutkimusrekrytointi VSSHP/TYKS lastenpsykiatrian poliklinikalta (vertailuaineisto) on käynnistynyt joulukuussa 2014 ja päättyy 31.12.2015. Ensimmäinen seuranta-aineisto (12 kk) valmistuu näin ollen loppukeväällä 2016. Tutkimusaineiston koko on arviolta seuraava: LAKU (n = 124), Etä-LAKU (n = 60) ja vertailuaineisto (n = 20).

3.8 Päätulosmuuttajat

Kohderyhmän heterogeenisuudesta ja perhekuntoutuksen tavoitteista (ks. luku 2.1.) johtuen tulosmuuttajien valinnassa on pyritty hyödyntämään yleisluonteisia ja psykometrisilta ominaisuuksiltaan mahdollisimman laadukkaita mittareita. Lapsen subjektiivista elämänlaatua (*health related quality of life, HRQoL*) arvioidaan KINDL-R-kyselyn avulla (Ravens-Sieberer ym. 2008). KINDL-R on geneerinen lasten elämänlaadun arviointiin soveltuva kysely, josta on kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA) suositus. Kysely sisältää omat versiot lapselle ja vanhemmalle. Kysely on ilmainen ei-kaupalliseen tutkimuskäyttöön, ja tutkimushankkeella on saksalaisen ylläpitotahon myöntämä lupa kyselyn käytölle. Elämänlaadun arviot käsittelevät lapsen hyvinvoinnin ja perheinterventioiden tavoitteiden kannalta keskeisiä indikaattoreita, kuten esimerkiksi tunne-elämän hyvinvointia, itsetuntoa, perhe-elämää, kaverisuhteita ja koulunkäyntiä (esim. Haney ja Durlak 1998; Modesto-Lowe ym. 2008; Zwi ym. 2012; Carr 2014; ks. myös Solans ym. 2008; Ronen ja Rosenbaum 2013). Suomen oloihin kehitetyllä ja standardoidulla MASK-monitahoarvioinnilla tarkastellaan lap-

² Seurantatutkimuksen ulkopuolelle jäävät ne perheet, jotka ovat osallistuneet LAKU-perhekuntoutuksen esitutkimukseen (2010–2011) sekä ne perheet, jotka ovat aloittaneet perhekuntoutuksen ennen tutkimusrekrytoinnin käynnistymistä vuosien 2012–2013 aikana. Lisäksi kuntoutuksen ohjautuminen jatkuu tutkimusrekrytoinnin päätyttyä vuoden 2015 loppuun asti.

³ Etä-LAKU-perhekuntoutuksen osalta tutkimusasetelma ei kata niitä perheitä, jotka ovat aloittaneet kuntoutuksen vuoden 2013 aikana.

sen sosiaalista kompetenssia (Junttila ym. 2006 ja 2012). MASK-testi kohdistetaan toisin sanoen lapselle, hänen vanhemmilleen ja opettajalle. Yhteensä 15 osiota sisältävä lapsen testi mittaa lapsen prososiaalista (empatia ja yhteistyötaidot) ja antisosiaalista käyttäytymistä (impulsiivisuus ja häiritsevyys). MASK-testiä on käytetty monipuolisesti kotimaisissa tutkimuksissa (esim. Junttila ym. 2012; Björklund ym. 2014).

Lasten huoltajien pystyvyyden tunnetta (*parenting self-efficacy, PSE*) arvioidaan Turun yliopiston Oppimistutkimuksen keskuksessa Suomen oloihin standardoidulla kyselyllä (Junttila ym. 2006). Vanhemmuuden stressiä kartoittavaa Suomen oloihin standardoitua maksutonta kyselyä ei ole tietävästi saatavilla. Tästä johtuen lastenhuoltajilta tiedustellaan mahdollisia viimeaikaisia huolia, jotka voivat liittyä lapseen, vanhemmuuteen ja perhe-elämään. Suunnittelussa on hyödynnetty Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Tilastokeskuksen lapsiperhekyselyissä käytettyjä osioita soveltuvin osin (esim. Perälä ym. 2011; Halme ja Perälä 2014).

3.9 Sekundääriset tulomuuttajat

Lapsen mahdollisesti kokemaa emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä kartoitetaan Peer Network and Dyadic Loneliness scale (PNDL) -kyselyllä (Junttila ym. 2012). Lapsen esikoulussa/koulussa viihtymisen, kiusaamiskokemusten ja mielialan kartoittamisessa on hyödynnetty kouluterveyskyselyjä ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin LAMIKE-hankkeessa kehitettyjä lapsen oma-arvion osioita (Borg ym. 2014; Borg 2015). Lisäksi lapselle on oma osio, jossa kartoitetaan mahdollisia arki- ja perhe-elämään liittyviä huolenaiheita kuten vanhemmilta.

Vanhempien psyykkistä kuormittuneisuutta arvioidaan MHI-5-kyselyn avulla (Kelly ym. 2008). Vanhempien subjektiivista ahdistuneisuutta kartoitetaan Raitasalon (2007, 23, 62) Suomen oloihin kehittämän depressiokyselyyn sisällytetyllä lisäkysymyksellä. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään huoltajien subjektiivista yksinäisyyttä ja koettua elämänlaatua.

Seurantatutkimuksessa pyritään keräämään tietoa myös hoito-ohjelmien soveltuvuudesta ja hyväksyttävyydestä. Tätä varten kyselyyn on sisällytetty erilliset osiot lapsille, huoltajille ja opettajille.

3.10 Kontrollimuuttajat

Lapsen yksilötason taustamuuttujia ovat huoltajan ilmoittama päädiagnoosi ja muut mahdolliset samanaikaiset diagnoosit, lapsen psyykkisten oireiden ilmaantumisikä, aiempi hoitohistoria ja mahdollinen lääkehoito. Yksityiskohtaisempi selvitys lapsen oirekuvasta on mahdollista selvittää lääkärin B-lausunnon avulla, mikäli vanhemmat ovat antaneet suostumuksen B-lausuntotiedon lisäämisestä tutkimusaineistoon.

Sosiodemografisten taustamuuttujien (vastaajan ikä ja sukupuoli) ohella tutkimuksessa kartoitetaan huoltajien koulutustaustaa ja työmarkkina-asemaa kuntoutuksen aikana. Perhetason taustamuuttujia ovat esimerkiksi vastaajan perhemuoto ja perheolosuhteissa tapahtuneet mahdolliset muutokset interventiota edeltävien kuukausien ja varsinaisen intervention aikana. Koulutason taustamuuttujia ovat opettajan työkokemus, lapsiryhmän koko, opetusryhmän muoto ja koulunkäynnissä intervention aikana mahdollisesti tapahtuneet muutokset. Interventiotason kontrollimuuttujana voidaan käyttää palveluntuottajan toimipistettä ja hoito-ohjelmaa.

3.11 Tutkimusaineiston analyysi

Aineiston analyyseissa hyödynnetään kuvailevan tiedon (prosentti- ja frekvenssijakaumatarkastelu) lisäksi varianssianalyysia ja yleistä sekä yleistettyä lineaarista mallinnusta. Pitkittäistutkimusaineistoa analysoidaan myös yleisten sekamallien ja polkuanalyysin avulla. Pyrkimyksenä on moderoivien ja medioivien tekijöiden tarkempi kontrollointi. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella tiedetään, että perhelähtöisten hoito- ja kuntoutusinterventioiden tuloksellisuus on yhteydessä lapsen oirekuvan laaja-alaisuuteen ja hoitohistoriaan, lapsen huoltajan psyykkiseen hyvinvointiin, perhekohtaisiin kuormittaviin tekijöihin (esim. parisuhteen ongelmat) ja perheen taloudelliseen tilanteeseen (Woolfenden ym. 2002; Lundahl ym. 2006; Deault 2010; Leijten ym. 2013; Menting ym. 2013). Lähtötilanteessa havaitut lapsi- ja perhekohtaiset tekijät saattavat selittää esimerkiksi sitä, että osa perheistä hyötyy kevyemmästä interventiosta ja osa tarvitsee intensiivistä työskentelyä (Littell ym. 2005; Menting ym. 2013; Sanders ym. 2014).

3.12 Muu tutkimusaineisto

Seurantatutkimuksen haasteita on niin sanottu III-tyyppin virhe, eli hoito- ja kuntoutustoimenpiteen keskeisten toimintasisältöjen vaikutus tuloksiin jää jossain määrin avoimeksi (Sidani ja Braden

2011). Psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusinterventioiden kohderyhmissä on myös tyypillisesti havaittavissa huomattavaa vaihtelua jo lähtötilanteessa persoonallisuuden kehityksen ja elämänhistorian sekä elämäntapahtumien suhteen (Bickman ym. 2012). Lisäksi hoidon tuloksellisuuden tiedetään olevan yhteydessä – erilaisten ulkopuolisten satunnaistekijöiden ohella – niin sanottuihin yleisiin tekijöihin. Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot rakentuvat yksilöllisen vastavuoroisen prosessin varaan, joka muokkautuu kohderyhmän ja terapeuttien yksilöllisten toiminta- ja suhtautumistapojen myötä. (Leiman 2004; Karver ym. 2006; Bickman ym. 2012.)

Terapiamuodoilla ja terapeuttisilla tekniikoilla on kuitenkin oma merkityksensä (Leiman 2004, 2649), ja tarkemmin täsmennettyjen hoito- ja kuntoutusmenetelmien käyttö näyttäisi korostuvan lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa (Deault 2010; Burnham Riosa ym. 2011; Zwi ym. 2011; Moilanen ym. 2012; Patterson ym. 2011; Reichow 2012; Wigham ja McConachie 2014). Empiirisesti tuettujen perheinterventiomallien toteutusta ohjaa tarkemmin määritelty interventiotiede, jonka avulla pyritään täsmentämään hoito- ja kuntoutustoiminnan muutos- ja vaikutusmekanismeja (Reid ym. 2002; Mitchie ym. 2008; Moffitt ym. 2011; Sidani ja Braden 2011, 56–57; ks. myös Kaminski ym. 2008; Lindhiem ym. 2014). Vaikka yleisten tekijöiden merkitys on kiistaton, täsmentynyt intervention muutosteoria saattaa edesauttaa toiminnan siirrettävyyttä ja vahvistaa toimintaan osallisten ammattihenkilöiden osaamisvalmiuksia sekä edelleen edistää perhelähtöisten hoito- ja kuntoutusinterventioiden jatkokehittämistä (Ogden ym. 2012; McGrath ym. 2013).

Edellä mainittuja kriittisiä kohtia pyritään selkiyttämään monimuotoiseen perhekuntoutukseen osallisten ammattihenkilöiden fokusryhmähaastattelulla ja työntekijöille kohdistetuilla kyselyillä. Lapsen huoltajille osoitetuissa suostumuslomakkeissa on myös pyydetty lupaa ottaa yhteyttä perheeseen kuntoutuksen päätyttyä. Tarkoituksena on täydentää tutkimusaineistoa tapauskuvausasetelmalla, joka edesauttaa täsmentämään perhekuntoutusta edistäviä ja estäviä erityistekijöitä. Lopullinen tapauskuvaussuunnitelma ei ole vielä valmis. Toteutus vaatii lisäksi erillisen tutkimuseettisen ennakoarvioinnin.

3.13 Tutkimuksen rahoitus ja tutkimusryhmä

Tutkimuksen rahoitus perustuu Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksia ja kuntoutusrahaetuksia koskevaan lakiin (KKRL 12 §), jonka mukaisesti Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen varoja voidaan käyttää kuntoutusta koskevaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan.

Tutkimuksen toteutuksesta vastaa Kelan tutkimusosaston tutkimusryhmä: VTT Miika Vuori (vastuututkija), FT, tutkimusprofessori Annamari Tuulio-Henriksson ja LKT, tutkimusprofessori Ilona Autti-Rämö. Tutkimusyhteistyössä ovat mukana FT, kasvatustieteiden dosentti Niina Junttila (Turun yliopisto, Oppimistutkimuksen keskus) ja LKT, lastenpsykiatrian professori Jorma Piha (Turun yliopisto). Tutkimusyhteistyöhön liittyy mahdollisesti myös muita tutkijoita.

4 Tutkimuksen merkitys ja kriittiset kohdat

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa Kelan terveysosaston harkinnanvaraisen perhekuntoutuksen jatkotoiminnasta tehtävään päätöksentekoon. Lisäksi kotimaiselle perheinterventiotutkimukselle on selkeä ajankohtainen tarve. Tämä tutkimus on tiettävästi ensimmäisiä, jossa tarkastellaan intensiivisempien perhelähtöisten hoito- ja kuntoutusinterventioiden tuloksellisuutta Suomen olosuhteissa. Tutkimus täydentää osaltaan kansallisia tiedontarpeita esimerkiksi Voimaperheet- ja Yhteispeli-tutkimushankkeiden kanssa. Voimaperheet on Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksen kehittämä vanhempainohjauksen etähoitomalli alle kouluikäisten lasten käytösongelmien hoitoon. Tavoitteena on matalan kynnyksen mielenterveyspalvelun jalkauttaminen suomalaisen perhepalvelujärjestelmään (McGrath ym. 2013). Yhteispeli on puolestaan Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Sosiaali- ja terveysministeriön, Ylöjärven kaupungin ja opetus- ja kulttuuriministeriön yhteishanke. Tavoitteena on kehittää tunne- ja vuorovaikutustaitojen vahvistamiseen tähtäävä menetelmä Suomen kouluihin (Björklund ym. 2014).

Perhekuntoutuksen seurantatutkimuksen keskeisimpiä haasteita ovat suhteellisen pienet havaintoaineistot, mistä johtuen erilaisten kontrollimuuttujien hyödyntäminen tilastollisessa mallinnuksessa muodostunee pulmalliseksi. Kyselytutkimuksen vahvuus on siinä, että lapsen sosiaalinen kompetenssi ja huoltajien pystyvyyden tunne ovat tyypillisiä tulosmuuttujia kansainvälisissä perheinterventiotutkimuksissa (Trentacosta ja Fine 2010; Lee ym. 2012; Menting ym. 2013; Daley ym. 2014). Tämän lisäksi tulostuuttujia, kuten PSE- ja MASK-kyselyjä, on käytetty yleisväestöä koskevassa kasvatustieteellisessä tutkimuksessa, joten seurantatutkimusaineiston tunnuslukuja voidaan verrata koululaisaineistojen tunnuslukuihin (ks. Junttila ym. 2012; Björklund ym. 2014). Lapsen koetun elämänlaadun (KINDL) osalta seurantatutkimuksen tunnuslukuja voidaan verrata kansainvälisiin tutkimuksiin, joista on saatavilla keskiarvo- ja hajontalukuja väestötasolla ja psykiatristen diagnoosien (esim. ADHD) mukaan (Helseth ym. 2006; Ravens-Sieberer ym. 2008; Rothenberger ym. 2011). Interventioon osallistuvien lasten huoltajien huolenaiheita mittaavat osiot ja psyykkistä kuormittuneisuutta kartoittava MHI-5, kuten myös koetun hyvinvoinnin (elämänlaatu) ja osallisuuden (yksinäisyys) osoittimet, ovat puolestaan vertailukelpoisia THL:n alueellisen terveys- ja hy-

vinvointitutkimuksen (ATH) ja lapsiperhekyselyjen kanssa (Halme ja Perälä 2014; Kaikkonen ym. 2014). Tässä tutkimuksessa on lisäksi mahdollista selvittää erilaisten lapsi- ja huoltajakohtaisten tulomuuttujien psykometrisia ominaisuuksia kliinisesti rajatulla kohderyhmällä, mikä toivottavasti edesauttaa perheinterventiotutkimusten suunnittelua ja toteutusta lähitulevaisuudessa.

Tutkimustuloksia tullaan raportoimaan lääke- ja terveystieteellisissä sekä kasvatustieteellisissä kotimaisissa ja kansainvälisissä vertaisarvioituissa julkaisuissa. Seurantatutkimuksen tuloksista valmistuu vuonna 2018 tiivistetty tutkimusyhteenveto Kansaneläkelaitoksen tutkimusosaston julkaisusarjaan.

Lähteet

Abikoff H, Hechtman L, Klein R ym. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 43: 802–811.

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061>> Viitattu 10.10.2015.

Bailey S, Boddy K, Briscoe S, Morris C. Involving disabled children and young people as partners in research. A systematic review. *Child: Care, health and development* 2015; 41: 505–514.

Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A ym. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance use. A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy* 2012; 38: 281–304.

Barker ED, Oliver BR, Maughan B. Co-occurring problems of early onset persistent, childhood limited, and adolescent onset conduct problem youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51: 1217–1226.

Berens AE, Nelson CA. The science of early adversity. Is there a role for large institutions in the care of vulnerable children. *Lancet* 2015; 386: 388–398.

Bickman L, Vides de Andrade AR, Athay MM ym. The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity. Whose ratings matter the most? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2012; 39: 78–89.

- Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder. A selective overview. *Biological Psychiatry* 2005; 57: 1215–1220.
- Björklund K, Liski A, Samposalo H ym. “Together at school”. A school-based intervention program to promote socio-emotional skills and mental health in children. Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2014; 14: 1042.
- Borg A-M, Salmelin R, Joukamaa M, Tamminen T. Cutting a long story short? The clinical relevance of asking parents, nurses, and young children themselves to identify children’s mental health problems by one or two questions. *The Scientific World Journal* 2014. Saatavissa: <<http://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/286939>>. Viitattu 12.9.2015.
- Borg A-M. Early detecting of children’s mental health problems. *Acta Electronica Universitatis Tampensis* 2015; 1570. Saatavissa <<http://tampub.uta.fi/handle/10024/97896>> Viitattu 22.9.2015.
- Burnham Riosa P, McArthur BA, Preyde M. Effectiveness of psychosocial intervention for children and adolescents with comorbid problems. A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health* 2011; 16: 177–185.
- Carr A. The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy* 2014; 36: 107–157.
- Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry. Joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience* 2006; 7: 583–590.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Pettigrew M, MRC. Developing and evaluating complex interventions. The new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655.
- Daley D, van der Oord S, Ferrin M ym. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder. A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014; 53: 835–847.
- Deault LC. A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development* 2010; 41: 168–192.
- de Boo GM, Prins PJM. Social incompetence in children with ADHD. Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 78–97.
- Eduskunnan tarkastusvaliokunta. Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Helsinki: Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1, 2013. Saatavissa: <https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/julkaisut/Documents/trvj_1+2013.pdf>. Viitattu 6.6.2015.

- Ehrling L. Multidimensional Family Therapy. Uusi työtapa nuorten monimuotoisiin ongelmiin. Kokemuksia MFFT:n mahdollisuuksista. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura 2014. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/mdft_net.pdf>. Viitattu 14.10.2015.
- Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM ym. A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2015; 18: 77–97.
- Fraser MW, Galinsky MJ. Steps in intervention research. Designing and developing social programs. *Research on Social Work Practice* 2010; 20: 459–466.
- Glasgow RE, Magid DJ, Beck A ym. Practical clinical trials for translating research to practice. Design and measurement recommendations. *Medical Care* 2005; 43: 551–557.
- Grant A, Treweek S, Dreischulte T, Foy R, Guthrie B. Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions. A proposed framework for design and reporting. *Trials* 2013; 14: 15.
- Haine-Schlagel R, Escobar Walsh N. A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2015; 18: 133–150.
- Halme N, Perälä M-L. Lapsiperheiden huolet ja avunsaanti. Julkaisussa: Lammi-Taskula J, Karvonen S, toim. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2014: 216–227.
- Haney P, Durlak JA. Changing self-esteem in children and adolescents. A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998; 27: 423–433.
- Hanley GP, Iwata BA, McCord BE. Functional analysis of problem behavior. A review. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2003; 36: 147–185.
- Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnuainen J, Pelkonen M, toim. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste-kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2013. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-831-5>>. Viitattu 30.8.2015.
- Hay DF, Payne A, Chadwick A. Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45: 84–108.
- Helseth S, Lund T, Christophersen KA. Health-related quality of life in a Norwegian sample of healthy adolescents. Some psychometric properties of CHQ-CF87-N in relation to KINDL-N. *Journal of Adolescent Health* 2006; 38: 416–425.

Hoza B, Murray-Close D, Arnold LE ym. Time-dependent changes in positively biased self-perceptions of children with ADHD. A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology* 2010; 22: 375–390.

Hyvönen J. Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopio: Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisuja D 440. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1057-7>>. Viitattu 30.8.2015.

Ipser J, Stein DJ. Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Psychopharmacology* 2007; 191: 127–140.

Jaffee SR, Bowes L, Ouellet-Morin I ym. Safe, stable, nurturing relationships break the intergenerational cycle of abuse. A prospective nationally representative cohort of children in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health* 2013; 53: 4–10.

Junttila N, Voeten M, Kaukiainen A, Vauras M. Multisource assessment of children's social competence. *Educational and Psychological Measurement* 2006; 66: 874–895.

Junttila N, Vauras M, Niemi PM, Laakkonen E. Multisource assessed social competence as a predictor for later loneliness, social anxiety, and social phobia. *Journal for Educational Research Online* 2012; 4: 73–98.

Kaikkonen R, Murto J, Pentala O ym. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2014. Saatavissa: <<http://www.terveytemme.fi/ath>>. Viitattu 16.10.2015.

Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy. The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 50–65.

Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008; 36: 567–589.

Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K, Fone DL. Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12. A comparison of five different methods. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 10.

Knapp M, Perkins M, Beecham J, Dhanasiri S, Rustin C. Transition pathways for young people with complex disabilities. Exploring the economic consequences. *Child: Care, health and development* 2008; 34: 512–520.

Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services. Lessons from a systematic review of European experience. *Health & Social Care in the Community* 2011; 19: 113–125.

- Kolko DJ, Perrin E. The integration of behavioral health interventions in children's health care. Services, science, and suggestions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2014; 43: 216–228.
- Kolko DJ, Campo J, Kilbourne AM ym. Collaborative care outcomes for pediatric behavioral health problems. A cluster randomized trial. *Pediatrics* 2014; 133.
- Koskenvuo K, Koskenvuo M. Childhood adversities predict strongly the use of psychotropic drugs in adulthood. A population-based cohort study of 24,284 Finns. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2015; 69: 354–360.
- Lammi-Taskula J, Karvonen S, toim. *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2014.
- Lee, P-C, Niew W-I, Yang H-J ym. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities* 2012; 33: 2040–2049.
- Leiman M. Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Duodecim* 2004; 120: 2645–2653.
- Lejten P, Raaijmakers MA, de Castro BO, Matthys W. Does socioeconomic status matter? A meta-analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2013; 42: 384–392.
- Lindberg N, Ranta K, Gergov V ym. Nuorten käytöshäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot. Systemaattiseen hakuun perustuva kirjallisuuskatsaus. *Suomen Lääkärilehti* 2015; 26–32: 1913–1918.
- Lindblad-Goldberg M, Northey jr. WF. Ecosystemic structural family therapy. Theoretical and clinical foundations. *Contemporary Family Therapy* 2013; 35: 147–160.
- Lindhiem O, Higa J, Trentacosta CJ, Herschell AD, Kolko DJ. Skill acquisition and utilization during evidence-based psychosocial treatments for childhood disruptive behavior problems. A review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2014; 17: 41–66.
- Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109, 2010a. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/17451>>. Viitattu 6.6.2015.
- Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Lasten ja nuorten psykiatrisen perhekuntoutuksen muutosten ja koettujen vaikutusten arviointi. *Kuntoutus* 2010b; 4: 3–20. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2010/linnakangas-ym.pdf>. Viitattu 6.6.2015.

- Littell JH, Campbell M, Green S, ym. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10–17. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
- Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent-training. Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 86–104.
- March JS, Silva SG, Compton S, Shapiro M, Califf R, Krishnan R. The case for practical clinical trials in psychiatry. *The American Journal of Psychiatry* 2005; 162: 836–846.
- Martel MM. Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50: 1042–1051.
- McGrath PJ, Sourander A, Lingley-Pottie P ym. Remote population-based intervention for disruptive behavior at age four. Study protocol for a randomized trial of Internet-assisted parent training (Strongest Families Finland–Canada). *BMC Public Health* 2013; 13: 985.
- Menting ATA, Orobio de Castro B, Maathys W. Effectiveness of the Incredible Years Parent Training to modify disruptive and prosocial child behavior. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2013; 33: 901–913.
- Mitchie S, Johnston M, Francis J ym. From theory to intervention. Mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Applied Psychology* 2008; 57: 660–680.
- Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD. Does parenting style matter? *Clinical Pediatrics* 2008; 47: 865–872.
- Moffitt T, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology* 2001; 13: 355–375.
- Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D ym. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2011; 108: 2693–2698.
- Moilanen I, Mattila M-L, Loukusa S, Kielinen M. Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. *Duodecim* 2012; 128: 1453–1462.
- Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim* 2003; 119: 459–465.
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; 48: 703–713.

Obsuth I, Eisner MP, Malti T, Ribeaud D. The developmental relation between aggressive behavior and prosocial behavior. A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2015; 34: 773–787.

Ogden T, Forgatch M, Askeland E, Patterson GR, Bullock BM. Implementation of Parent Management Training at the national level. The case of Norway. *Journal of Social Work Practice* 2005; 19: 317–329.

Ogden T, Bjørnebekk G, Kjøbli J ym. Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs. A pilot study. *Implementation Science* 2012; 7: 49.

Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013; Issue 4. Art. No.: CD009774. DOI: 10.1002/14651858.CD009774.pub2.

Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>>. Viitattu 3.10.2015

Paananen R, Gissler M. Hyvinvointi ulottuu sukupolvien yli. Julkaisussa: Lammi-Taskula J, Karvonen S, toim. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014: 208–215.

Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people. A global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302–1313.

Patterson SY, Smith V, Miranda P. A systematic review of training programs for parents of children with autism spectrum disorders. Single subject contributions. *Autism* 2012; 16: 498–522.

Penttilä J, Rintahaka P, Kaltiala-Heino R. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön merkitys lapsen ja nuoren tulevaisuudelle. *Duodecim* 2011; 127: 1433–1439.

Perälä M-L, Salonen A, Halme N, Nykänen S. Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? Vanhempien näkökulma. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085199>>. Viitattu 3.10.2015

Perälä M-L, Halme N, Kanste O. Lapsiperheiden kokemus palvelujen saatavuudesta ja tuen riittävydestä. Julkaisussa: Lammi-Taskula J, Karvonen S, toim. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014: 228–41.

Pietikäinen P. Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus, 2013.

Piha J. Lastenpsykiatrinen hoito ei ole yksinomaan yksilöpsykoterapiaa. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58: 5219–5221.

- Politte LC, Henry CA, McDougle CJ. Psychopharmacological interventions in autism spectrum disorder. *Harvard Review of Psychiatry* 2014; 22: 76–92.
- Rambo A, West C, Schooley A, Boyd T, toim. *Family therapy review. Contrasting contemporary models*. New York, NY: Routledge, 2012.
- Rasheed JM, Rasheed MN, Marley JA. *Family therapy. Models and techniques*. London: Sage, 2011.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M ym. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany. Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 17: 22–33.
- Reichow B. Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2012; 42: 512–520.
- Reid JB, Patterson GR, Snyder J. *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
- Rimpelä M, Rimpelä M, toim. *Säästöjä lapsiperheiden palveluremontilla*. Helsinki: Kunnallisan kehittämissäätiö, 2015. Saatavissa: <http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_93_net.pdf>. Viitattu 16.11.2015.
- Ronen GM, Rosenbaum PL. *Life quality outcomes in children and young people with neurological and developmental conditions*. London: Mac Keith Press, 2013.
- Rothenberger A, Becker A, Breuer D, Döpfner M. An observational study of once-daily modified-release methylphenidate in ADHD. Quality of life, satisfaction with treatment and adherence. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2011; 20: 257–265.
- Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology* 2012a; 24: 335–344.
- Rutter M. Gene–environment interdependence. *Developmental Science* 2012b; 10: 12–18.
- Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL ym. The Triple P-Positive Parenting Program. A Systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review* 2014; 34: 337–357.
- Sanders MR, Kirby JN. Surviving or thriving. Quality assurance mechanisms to promote innovation in the development of evidence-based parenting intervention. *Prevention Science* 2015; 16: 421–431.
- Santalahti P, Sourander . Onko lasten psyykinen sairastavuus lisääntynyt? *Duodecim* 2008; 124: 1499–1506.

Santalahti P, Sourander A, Piha J. Lasten mielenterveyspalveluiden käyttö. *Duodecim* 2009; 125: 959–964.

Santalahti P, Marttunen M. Lasten ja heidän vanhempiensa mielenterveys. Julkaisussa: Lammi-Taskula J, Karvonen S, toim. *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2014: 184–195.

Sawyer MG, Arney FM, Baghurst JJ ym. The mental health of young people in Australia. Key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 806–814.

Sidani S, Braden CJ. *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.

Solans M, Pane S, Estrada ym. Health-related quality of life measurement in children and adolescents. A systematic review of generic and disease specific instruments. *Value in Health* 2008; 11: 742–764.

Solantaus T, Santalahti P. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut. Julkaisussa: Sihto M, Palosuo H, Topo P, Vuorenkoski L, Leppo K, toim. *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 2013: 309–313. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8>>. Viitattu 3.10.2015.

Sourander A, Niemelä S, Santalahti P, Helenius H, Piha J. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children. A 16-year population-based time-trend study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 47: 317–327.

Suvisaari J, Manninen M. Käytöshäiriön ennusteeseen vaikutetaan parhaiten puuttamalla ongelmiin varhain. *Suomen Lääkärilehti* 2009; 64: 2459–2464.

Tamminen T. Lapsen masennus. *Duodecim* 2010; 126: 627–633.

Tantam D. *Autism spectrum disorders through the life span*. London: Jessica Kingsley, 2013.

Thapar A, Rutter M. Do prenatal risk factors cause psychiatric disorder? Be wary of causal claims. *The British Journal of Psychiatry* 2009; 195: 100–101.

Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner Review. What have learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54: 3–16.

Trentacosta CJ, Fine SE. Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence. A meta-analytic review. *Social Development* 2010; 19: 1–29.

Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials. Increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *Journal of the American Medical Association* 2003; 290: 1624–1632.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: TENK 2009. Saatavissa: <<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>>. Viitattu 15.10.2015.

Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita, 2011.

Van der Oord S, Prins PJM, Oosterlaan J, Emmelkamp PMG. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 783–800.

Wigham S, McConachie H. Systematic review of the properties of tools used to measure outcomes in anxiety intervention studies for children with autism spectrum disorders. *PLoS One* 2014; 21:e85268.

Woolfenden S, Williams K, Peat J. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 86: 251–256.

Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A ym. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD003018. DOI: 10.1002/14651858.CD003018.pub3.

Young S, Amarasinghe JM. Practitioner Review. Non-pharmacological treatments for ADHD. A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51: 116–133.